Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Strasbourg

MENTION: MÉDECINE

ANNÉE 1937. N° 9

THÈSE

présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

RUBILAR-SEPULVEDA JOSÉ MERCEDES

né le 1er janvier 1902 à Colo (Chili)

LA SURDITÉ ENVISAGÉE AU POINT DE VUE SOCIAL

Président: M. P. CHAVIGNY, Professeur.

STRASBOURG
IMPRIMERIE HAUSS 1937

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Strasbourg

MENTION : MÉDECINE

ANNÉE 1937. N° 9

THÈSE

présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

RUBILAR-SEPULVEDA JOSÉ MERCEDES

né le 1er janvier 1902 à Colo (Chili)

LA SURDITÉ ENVISAGÉE AU POINT DE VUE SOCIAL

Président: M. P. CHAVIGNY, Professeur.

STRASBOURG
IMPRIMERIE HAUSS 1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen ..... MM. FORSTER, ✻, ✪ I.
Assesseur ..... WEILL, ✻ ✪ I.

Professeurs:

Embryologie	MM.	ANCEL, ✻, ✪ I.
Anatomie		FORSTER, ✻, ✪ I.
Histologie		BOUIN, O. ✻, ✪ I.
Physiologie		SCHAEFFER, ✪ I.
Physique biologique		VLES, ✻, ✪ I.
Chimie biologique		NICLOUX, O. ✻, ✪ I.
Anatomie pathologique		MASSON, ✻, ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		SCHWARTZ, ✪ I.
Hygiène, Bactériologie		N.....
Médecine légale		CHAVIGNY, C. ✻, ✪ I.
Clinique médicale		MERKLEN, ✻, ✪ I.
		AMBARD, ✻, ✪ I.
Clinique chirurgicale		LERICHE, O. ✻, ✪ I.
		STOLZ, ✻, ✪ I.
Clinique ophtalmologique		WEILL, ✻, ✪ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER, O. ✻, ✪ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF, ✻, ✪I.
Clinique neurologique		BARRE, ✻, ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB, ✪ I.
Clinique infantile		ROHMER, ✻, ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT, ✻, ✪ I.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		FONTES, ✪ I.

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max, ✪ I.
BELLOCQ, ✪ I.
GERY, ✪ I.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Chargés de Cours et Agrégés:

MM.	BENOIT, ✪ A.	MM. LARROUSSE, ✪
	FONTAINE, ✪ A.	LE GUYON
	GELMA, ✪ I.	REISS
	GUNSETT, O. ✻, ✪ I.	SIMONIN, ✻, ✪ A.
	HANNS, ✻, ✪ I.	THIVOLLE
	HUMBERT, ✻, ✪ A.	VAUCHER, ✻, ✪ I.
	KAYSER, ✪ A.	WAITZ
	KELLER, ✪ I.	WEISS A., ✻, ✪ A.
	KREIS, ✪ A.	WOLF, ✪ A.

Agrégé libre: M. SIMON, ✻, ✪ A.

Directeur de la Clinique dentaire: M. ROMEY, ✻, ✪ A.

Chargé d'un cours complémentaire:

MM. MEYER M., ✪ A. ROEDERER, ✪ A.

Serment d'Hippocrate.

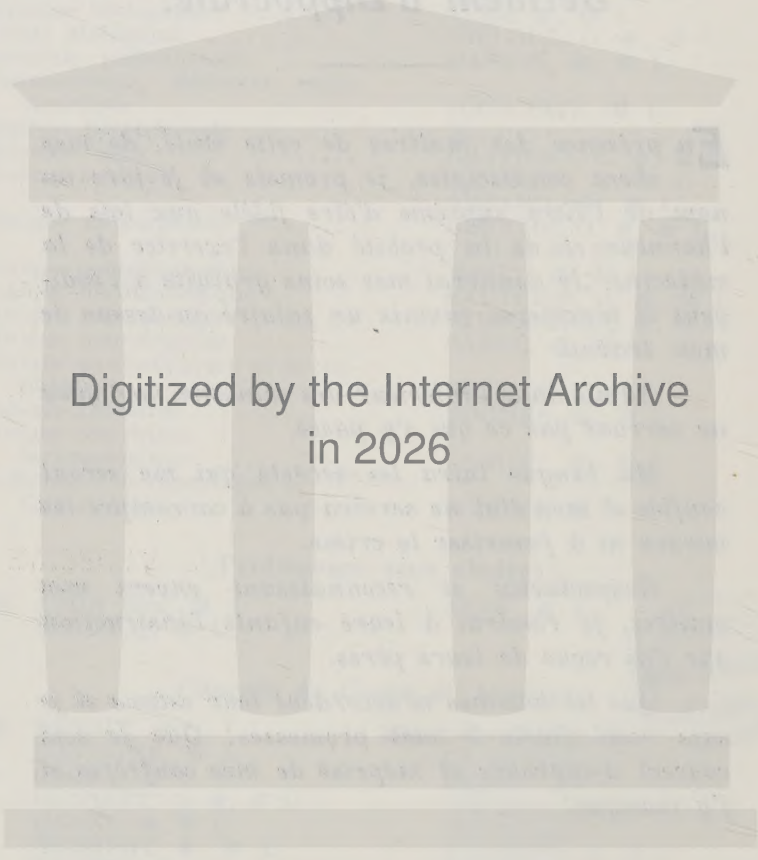
En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548005_0033

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL CHAVIGNY

Médecin Général de l'Armée
Professeur de Médecine Légale à la Faculté de Strasbourg
Commandeur de la Légion d'Honneur

EN TEMOIGNAGE DE RESPECTUEUSE GRATITUDE

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE STRASBOURG

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A LAURA ET MARGOT

ET A LA MEMOIRE DE HECTOR CABEZA

leur époux et père respectivement

A MES FRERES JUAN ET FRANCISCO

A LA FAMILLE SEPULVEDA-FIGUEROA

très respectueusement

A MADEMOISELLE AMELIE NAEGELEN

ET SON FRERE MONSIEUR ARTHUR EGLY

très affectueusement

A DONA GREGORIA SEPULVEDA DE HENRIQUEZ

en témoignage d'affection et de reconnaissance

A MONSIEUR LE DOCTEUR GERARD DE PARREL

Lauréat de l'Institut et de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

avec toute notre admiration et notre profonde gratitude

A DON HERIBERTO CARRASCO

qui nous a toujours accueilli avec son esprit large
et clairvoyant

A NOTRE PROFESSEUR DE FRANÇAIS

DON FRANCISCO BRIONES

qui avec ses conseils éclairés a su nous initier à l'étude de la culture française

AUX MIENS

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Le sujet duquel nous allons nous occuper étant par trop vaste pour pouvoir prétendre le traiter avec détails dans le cadre toujours restreint d'un travail de l'ordre de celui dont nous entreprenons l'étude synthétique, force nous sera de ne toucher que les points les plus saillants de l'ensemble :

la surdité,

l'utilité de son traitement et

son aspect social (ce qui est notre but principal).

Quant à la surdité en soi, nous avons cru que point n'était besoin de s'y arrêter longtemps. Pour atteindre le but que nous nous sommes proposés, quelques idées générales pourraient suffire pour bien faire comprendre les effets désastreux de cette terrible infirmité sur le moral, sur les intérêts économiques et sociaux des malades. Il convient surtout d'insister sur les moyens de lutte dont on dispose à présent, puis sur la nécessité sociale d'entreprendre cette lutte.

Donc il n'est question, pour nous, que d'envisager la surdité purement et simplement du point de vue de la médecine sociale.

Quant à la surdi-mutité, il n'en sera pas question dans ce travail.

Dans cette étude, nous nous efforcerons par conséquent de mettre en relief particulièrement les

possibilités d'améliorer les conditions de cet état de parents pauvres dans lequel sont forcés à vivre la plupart du temps nombre de ces malheureux malades « non entendants ». Ceux-ci, si on y regarde bien, méritent, quel que soit leur cas, un sort bien autre que celui où, si souvent, et si injustement, ils sont obligés de se confiner.

Donc, nous précisons bien que notre but n'est pas de vouloir pousser à fond ni l'étude de la surdité dans ses différentes modalités et formes cliniques, ni l'exposé détaillé des multiples traitements proposés jusqu'à présent, procédés prothétiques, les appareillages et problèmes physiques ou même physiologiques qui en découlent.

En ce qui concerne ces grandes et intéressantes questions qui ont trait à la labiologie, l'audiométrie, les appareils micro-électriques, les voies de conduction, les problèmes de la rééducation, etc., nous serons obligés d'être brefs : le but principal de ce travail, nous le répétons, est de faire la place la plus large à ce qui regarde la surdité envisagée comme fléau social.

Qu'il nous soit permis d'exprimer tout particulièrement notre grande admiration pour ce beau pays de France, pour cette magnifique province d'Alsace et pour la Faculté de Médecine de Strasbourg au sein de laquelle nous sommes venus puiser les éléments de notre culture médicale.

Nous tenons à remercier avec notre plus profonde reconnaissance notre maître Monsieur le Professeur Chavigny, de nous avoir encouragé dans la rédaction de cette thèse et de nous avoir fait remarquer l'importance que, le cas échéant, ce sujet d'étude est susceptible de prendre.

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LA SURDITE

Nous distinguons sous le nom de *surdité* l'affaiblissement aussi bien que la perte complète de la faculté de percevoir les sons. En terminologie de spécialité, on appelle *dysecée* l'affaiblissement simple de l'ouïe, et *cophose* l'abolition complète du sens.

Les anciens auteurs déjà avaient bien fait ressortir l'importance du sens de l'ouïe parmi les cinq sens classiques; à ce propos, ils faisaient remarquer, par exemple, que l'appareil de l'audition représente la porte d'entrée principale des sensations, des sentiments et des idées qui nous viennent du dehors. Ils disaient que la parole représente celle de leur sortie, et que, d'autre part, ce sens est le plus indépendant de tous. Pour mieux mettre en évidence sa valeur, on le comparaît souvent avec le sens de la vue, lequel sens « sans l'aide précieuse du toucher, nous conduirait à bien d'erreurs ». C'est ainsi que dans le dictionnaire des Sciences Médicales on peut lire : « Combien le cercle de nos plaisirs, de nos relations et de nos connaissances resterait rétréci, si, bornés au toucher, nous étions privés des secours et des jouissances de la vue ! Mais l'œil s'est ouvert, et soudain nos regards ont embrassé le ciel et la terre; la nature est devenue pour nous un immense tableau paré de tout le luxe des couleurs, animé par le mouvement et la vie. »

Puis il est ajouté : « Cependant, malgré les brillantes prérogatives de la vue, l'ouïe est encore le plus noble de tous les sens, parce qu'il est celui qui sert le plus au

perfectionnement des facultés intellectuelles : sans lui, l'homme, muet, serait réduit au langage d'action, et son intelligence aurait les mêmes bornes que son langage. Ce ne sont pas seulement des bruits plus ou moins forts, des sons plus ou moins mélodieux, des symphonies plus ou moins harmonieuses que l'ouïe fait parvenir jusqu'à nous : c'est la pensée elle-même qui, transmise à travers les airs, s'échange aussi entre tous les sons. »

Faisant remarquer l'importance de la perte d'une de ces facultés, la vue ou l'ouïe, Bonnafont écrivait : « De toutes les infirmités qui peuvent affliger l'espèce humaine à tout âge, mais surtout à une époque rapprochée de la naissance ou même avant, la privation de la vue ou de l'ouïe sont les plus à redouter. C'est par elles que l'homme s'instruit, qu'il connaît et compare. C'est par elles qu'il peut apprendre de bonne heure à obéir, de même qu'elles lui servent plus tard à exercer son commandement et à dominer aussi tout ce qui l'entoure. C'est à elles enfin qu'il doit les attributs de son indépendance intellectuelle de même que la source de nobles et généreux sentiments qui échappent de son cœur. »

« Si le fonctionnement normal de ces deux sens donne à l'homme une telle supériorité, la suppression de l'un d'eux doit nécessairement exercer une fâcheuse influence sur ses facultés, et l'absence de tous deux le réduit à un état d'idiotisme. »

Au sujet de ces considérations médico-psychologiques sur les sourds et les aveugles, il y aurait lieu à dire encore bien de choses pour exalter l'importance du sens de l'ouïe, car nous sommes convaincus que l'organe auditif mérite qu'on fasse tous les efforts pour protéger la fonction que la nature lui a départi. Les lésions qui l'affectent ont des suites fâcheuses pour le développement intellectuel et exercent l'influence la plus nuisible sur l'âme elle-même.

La mélodie du cœur qui parle à l'homme dans les doux épanchements de l'intimité, est muette pour celui

qui entend à peine une voix perçante et forcée; le charme de la conversation, le plaisir qu'on goûte à s'entretenir avec les gens de tout âge, de tout caractère, est perdu pour lui; son for intérieur n'est plus remarqué et se couvre d'un voile de tristesse et de défiance qui s'épuise d'autant plus que le cercle d'où des sons perceptibles parviennent encore à son oreille se resserre davantage. Plus le malade est jeune, plus la surdité pèse par le développement de tous ses rapports vitaux, quoique la légèreté du jeune âge écarte pendant quelque temps le sombre pouvoir dont la maladie menace d'opprimer son âme. Eh bien, ceux qui sont le plus à plaindre, ce sont les enfants chez lesquels des défauts innés ou produits pendant les premières années de la vie, ont tellement affaibli l'ouïe que la parole ne se développe pas ou se perd jusqu'aux moindres traces; dans ces cas, *la mutité est la suite inévitable de la cophose.* Chez ces malheureux, l'esprit est comme plongé dans un sommeil éternel et la nature, en écartant l'horreur de l'aveugle. de naissance, semble élever l'importance de l'ouïe bien au-dessus de tous les charmes de la vie.

Dans la société, celui qui ne voit pas mais qui entend et qui parle, paraît moins à plaindre qu'un sourd, mais dans la solitude et en présence de la nature, nous osons dire que le plus malheureux est l'aveugle.

Dans la solitude, l'aveugle est plongé dans un horrible isolement; il n'a d'autres moyens de distraction que la méditation, parfois la musique et quelques occupations manuelles qui ne peuvent avoir pour lui que peu de charme; tandis que le sourd se console dans son isolement par la vue des objets qui l'entourent, par la contemplation de scènes animées que lui offre la nature, et par une foule d'occupations auxquelles les aveugles ne peuvent pas toujours se livrer, telles que le dessin, l'écriture, la lecture qu'il peut varier à son gré et sans l'aide de qui que ce soit.

A ce sujet, l'illustre écrivain et propagandiste infatigable en faveur de ses confrères en surdité, le Dr Robert Morche, écrit dans son livre « Le Nouveau Guide du Mutilé de l'Oreille »: « La surdité ne se voit pas, le sourd à premier abord paraît un être normal, on ne s'intéresse pas à lui; un aveugle inspire de la pitié; un sourd, généralement, laisse le monde indifférent ou même ne suscite que des moqueries. » Nous souscrivons volontiers à cette réflexion, d'autant plus que c'est le fait qu' « on ne s'intéresse pas à lui » qui nous a particulièrement poussé à écrire ces quelques pages pour contribuer avec notre grain de sable, à mener à bien la lutte généreuse que les disciples de l'abbé de l'Epée entretiennent sans cesse en faveur de ceux qui s'acheminent vers le monde du silence ou qui, hélas ! y sont déjà parvenus.

PREMIERE PARTIE

LA SURDITE, FLEAU SOCIAL

Dans la société, les sourds occupent une large place; ils sont innombrables. Si l'on compte environ un sourd-muet par mille habitants, bien autrement grand doit être, assurément, le nombre des sourds, des demi-sourds et des durs d'oreille. A ce sujet, on n'a pas de chiffres exacts, mais le nombre des sourds, à la surface du globe, doit se chiffrer par millions. En France seulement, rien que par les suites de la guerre, on a pu compter une centaine de mille de surdités partielles, tantôt contractées au front, tantôt aggravées pendant la longue et pénible période de guerre allant de 1914 à 1918. D'après les statistiques, il y aurait plus de trente mille sourds, anciens combattants, et parmi ceux-ci, quelque vingt mille pensionnés.

Dans cet ordre de choses, il faut bien se graver dans l'esprit les données suivantes :

1° A l'égard de la surdité, une bonne prophylaxie, et surtout une bonne thérapeutique très précoces, éviteraient une très forte proportion des troubles auriculaires.

2° Une considérable proportion de sourds, s'ils avaient reçu des soins appropriés dès l'apparition de leurs troubles auditifs, seraient récupérables pour la collectivité, seraient rendus aptes à l'exercice d'une profession adaptée à leurs capacités, seraient, en somme, enrôlés presque au même titre que les entendants, dans l'activité générale.

La parole est donc aux médecins en général, et en particulier à ceux des écoles, au personnel enseignant, aux pouvoirs publics.

La surdité étant reconnue comme un fléau social, voici les grands chapitres dans lesquels nous essayerons de résumer :

1) La portée de ses ravages : nombre de sujets atteints, retentissement fâcheux sur le moral, handicap économique qui en résulte.

2) Les moyens de mener à bien la lutte contre cette redoutable infirmité :

prophylaxie,

traitement médical et chirurgical,

traitement palliatif.

I. Quelques chiffres

Ce n'est qu'en 1926 qu'on a fait, en France, le premier recensement des sourds, cependant que les sourds-muets, comme les aveugles, sont recensés depuis 1891. Ceci explique la non-existence de monographies statistiques vraiment sérieuses sur la surdité dans ses degrés différents.

Quand on tient compte des enquêtes pratiquées aux Etats-Unis, par exemple, on peut mieux apprécier l'importance numérique des sourds : Pour une population de 127 millions d'habitants environ, on estime à 3 millions le nombre d'enfants suffisamment sourds pour nécessiter une attention particulière, et à 1 pour 100 de la population totale le nombre effectif des sourds. D'après une statistique publiée dans ce pays en 1906, sur 90.000 sourds on a pu faire la classification suivante :

15.000 étaient sourds de naissance;

18.000 avaient contracté leur surdité avant l'âge de cinq ans;

16.000 étaient devenus sourds entre 5 et 20 ans, et

41.000 après 20 ans seulement.

D'autre part, sur 50.000 cas de surdité, on a relevé les lésions suivantes :

900 lésions de l'oreille externe;

13.000 — — — interne;

36.000 — — — moyenne.

A Stuttgart, en 1860, Weil examina 5.905 enfants, parmi lesquels 30 p. 100 étaient durs d'oreille. Bezold, à Munich, examina 1.918 écoliers : 79 p. 100 des oreilles de ces écoliers étaient normales et 21 p. 100 étaient malades. Lauli rencontre 10 p. 100 d'élèves sourds ou durs d'oreille; S. Sexton, 13 p. 100; E. Gallé et von Reichadt, l'un et l'autre, 22 p. 100; Ostmann (36 p. 100) et Nages (40 p. 100) sont encore plus pessimistes.

En France, sur 300.000 conscrits, 3.000 sont réformés en raison d'une insuffisance accentuée de l'audition. Courtade, à Paris, donne un pourcentage de 37 p. 100 d'anormaux de l'ouïe dans les écoles.

Au recensement général de la population française effectué le 7 mars 1926, malgré les erreurs sûrement nombreuses dues soit à l'incompétence, soit au mauvais vouloir des recensés ou de ceux qui en avaient la charge directe, le nombre total des sourds qui se sont déclarés comme tels, est de 28.103. Quand on pense que ni les sourds-muets, ni les durs d'oreille ne sont compris dans ces chiffres et que pendant la décade qui va de 1926 à nos jours, les nouvelles « acquisitions » doivent être assez considérables, le nombre des sourds, sourds-muets et durs d'oreille doit se trouver au moins une vingtaine de fois au-dessus de ces chiffres.

En effet, on est d'accord à admettre qu'il y a en France près de 20.000 mutilés de l'oreille, suites de guerre, pensionnés, quelque 40.000 sourds-muets, près de 500.000 sourds et plus d'un million de durs d'oreille.

Convaincus que l'éloquence de ces quelques données suffira largement pour qu'on puisse tirer des conclusions éloquentes, nous nous en tenons là.

II. Psychologie du Sourd

Le Sourd dans la Société

On pourrait écrire à perte de vue sur la psychologie du sourd, mais voulant être aussi objectif que possible, nous ramènerons la question seulement à quelques considérations d'ordre le plus général qui nous soit permis.

Faisons remarquer tout d'abord qu'étant donné que la surdité interdit le libre échange de la pensée par la conversation, le sourd aura souvent une tendance marquée à s'éloigner, à s'isoler spontanément et délibérément.

Dans le cas de surdité progressive bilatérale, souvent le sujet paraîtra distrait alors qu'il ne prend cette allure que parce qu'il commence à entendre mal ou, encore pire, à ne rien entendre. Comme écolier, il sera considéré souvent comme un paresseux; il sera gratifié de notes et même de punitions aussi injustes et impardonnables que le manque de sens pédagogique de son maître. S'il est adulte, il sera taxé d'inattention et d'indifférence.

Il est classique de faire remarquer que le sourd, à ses débuts, n'avoue jamais son infirmité; c'est, comme le dit Morche, une coquetterie souvent inutile, qu'il conserve très longtemps... Sa première « défaite » sera celle de se proclamer « un peu dur d'oreille ».

Fût-il sourd au maximum, écrit Laurens, et ramasse-t-il le pavillon avec la main pour en faire un cornet acoustique artificiel, le sourd ne veut pas le paraître; il vous déclare qu'il est inutile que vous éleviez la voix, qu'il est simplement un peu dur d'oreille, qu'il entend haut, mais toutefois qu'il ne perçoit pas le tic-tac de sa montre ! La jeune femme, elle, n'osant souvent avouer son infirmité alors qu'elle vient vous consulter parce qu'elle entend mal, vous répondra souvent de travers tout en vous déclarant qu'elle a *l'oreille un peu bouchée* et simplement une sensation *d'ouate, de coton !*

Le sourd cherche toujours à cacher son infirmité à son entourage, notamment à son entourage professionnel; mais, hélas ! dans cette lutte morale épuisante, il finira un jour par perdre la partie. Et, le pire de tout, c'est qu'avec cette attitude il a négligé les conseils et l'aide, souvent efficaces, qu'il aurait pu trouver; souvent des années ont été perdues de la sorte.

Le sourd peu intelligent, mal éclairé, croira qu'on parle toujours mal de lui. En général il lui faut un certain temps pour ne plus souffrir de quiproquos, souvent très gênants, même pour son entourage.

Ne voulant pas s'avouer vaincu et dans le naturel désir de se débarrasser du mal qui l'a atteint, il essaiera tous les moyens pour guérir; sera à l'affût des nouveaux procédés, des produits merveilleux, des traitements exotiques; il sera la proie commode des aigrefins et des charlatans de toute espèce.

S'il est croyant, le sourd fréquentera les pèlerinages et demandera aux divinités le miracle qui viendra le délivrer de ses maux.

A l'otologiste il promettra tout, souvent sans la moindre objection, nonobstant rarement il sera fidèle à une méthode ou un traitement donné; ainsi s'il a un appareil, il cherchera toujours à le changer par un

autre. Mais, d'autre part, « le sourd recherche et apprécie l'affection plus que quiconque, il comprend mieux les souffrances d'autrui, et pourtant il sait qu'on ne comprend pas les siennes » (Morche).

Il y aurait lieu, peut-être, à s'arrêter sur bien d'autres considérations au sujet de la psychologie du sourd, mais, voulant élargir notre « coup d'œil » sur cet ordre de choses, nous allons faire quelques remarques sur les sourds dans leurs rapports sociaux, c'est-à-dire, leur milieu, leur entourage, etc., ce que nous pourrions appeler *les sourds en société,* ou plutôt *la société avec les sourds.*

Etre subitement trahi par son oreille, — aime dire le grand maître de la rééducation de l'ouïe, Gérard de Parrel, — dans la force de l'âge, en plein rendement professionnel, c'est être jeté, sans préparation, entre les froides murailles d'une prison de silence; c'est sentir passer le frisson de l'angoisse du lendemain. L'ébranlement qui en résulte peut couper les racines de l'énergie, et l'homme s'effondre, vaincu.

Notre maître, Monsieur le Professeur Chavigny, dans son « Art de la Conversation » et dans l'article *Conversation des sourds et Conversations avec les sourds,* dit notamment : « Il semblerait que ce soient personnalités à éliminer à priori des milieux dans lesquels on cause. Cette opinion, pour paraître justifiée, n'est cependant pas moins un peu sévère, et de parti-pris. Elle n'est guère charitable. Puis, si l'on peut parvenir à écarter certains sourds indésirables, on ne peut cependant pas toujours procéder de cette façon. On peut avoir des sourds dans son entourage, dans sa famille. Faut-il les circonscrire de silence, renoncer systématiquement à s'en occuper, briser toute relation avec eux, sous prétexte qu'ils n'entendent pas ce qu'on leur dit ? N'oublions pas que le sourd est un malheureux et non pas un coupable. Peut-on lui en vouloir de son infirmité ?

Par simple humanité, on doit venir à son secours dans la mesure où la chose est possible. »

Nous souscrivons volontiers à cette juste et généreuse façon d'envisager cet aspect de la vie sociale, car, en effet, et exception faite de quelques cas, heureusement rares, où le mauvais vouloir de l'intéressé s'y oppose, on peut toujours avec un peu de bonne volonté, et sachant s'y prendre, s'entretenir avec eux, se faire entendre par eux, et, surtout, leur rendre agréable la vie en société. Pour ce faire, point n'est besoin de crier très fort, on sait que c'est particulièrement la *bonne articulation* qui compte par dessus tout. « Crier est le moyen le plus sûr, d'ordinaire, pour ne pas être entendu d'un sourd » (Chavigny).

Une articulation parfaite accompagnée d'une mimique bien exécutée vaut bien plus que le plus puissant des hauts parleurs. Tout esprit averti peut observer combien le sourd peut mieux comprendre ses proches qu'un étranger, parce que les gestes habituels sont un précieux secours pour son intuition, pour sa compréhension.

Par ailleurs, le sourd qui n'est pas un ignorant ni un névropathe, peut aussi, de par sa propre initiative, goûter bien des plaisirs et des joies, mais, naturellement, et il faut bien le noter, cela dépend en grande partie des moyens économiques et aussi culturels. Ainsi la lecture, par exemple, qui est à la portée de toutes les bourses, les promenades à travers les paysages, etc. Il y a aussi le théâtre, — selon état, — le cinéma; le sport : cyclisme, canotage, équitation. Certains jeux d'agrément : dames, domino, échecs; les distractions intellectuelles : les lettres, les discussions écrites, les recherches scientifiques. Enfin, la broderie et la tapisserie, la gravure, la peinture, la photographie, etc., sont pour lui autant de passe-temps agréables, voire utiles,

En somme, on se trouve en face d'un important problème dont la solution a besoin d'une double circonstance sine qua non :

primo, l'adaptation intelligente du sourd à son nouvel état;

secundo, l'éducation et la bienveillance des « entendants » qui, très souvent, sont responsables de bien de souffrances morales occasionnées aux « durs d'oreille ».

Disons, pour terminer ce chapitre, que tous ceux qui ont à s'occuper des sourds doivent connaître aussi bien que possible les particularités de leur état psychique; autrement, ils risqueraient des erreurs impardonnables.

DEUXIEME PARTIE

LA LUTTE CONTRE LA SURDITE

La lutte contre la surdité est une nécessité sociale. Cette lutte peut être entreprise par les trois grands moyens que nous allons passer en revue en nous arrêtant particulièrement sur le traitement dit palliatif.

I. Prophylaxie de la surdité

La prophylaxie de la surdité, comme celle des maladies vénériennes, de la tuberculose, des maladies infectieuses, etc., doit exister à l'école, à l'atelier, à la caserne et autant que possible dans ce que l'on appelle le grand public. Ceci malgré la fâcheuse tendance qu'on a à croire que la surdité est une affection qui s'installe sans que personne y puisse remédier en rien, comme quelque chose de fatal, d'inévitable. Pourtant, la surdité est-elle vraiment une infirmité inévitable ? On peut et on doit répondre que rien n'est plus faux ! Il est prouvé que sur 100 sourds, 90 le deviennent par suite d'affections étrangères aux oreilles; sur ce pourcentage, de l'avis des auteurs les plus compétents, 70 p. 100 auraient échappé à la surdité s'ils s'étaient fait soigner à temps le nez, la gorge et les oreilles.

De ce qui précède, on pourrait conclure que dans un tiers des cas seulement, l'évolution de la surdité est fatale. Etant donné que presque jamais on ne naît sourd, et qu'en réalité on le devient, nos efforts doivent tendre,

avant tout, à supprimer ou tout au moins à retarder cette pénible infirmité. En outre, sachant que dans les deux tiers des cas, la surdité aurait pu être évitée, ces surdités évitables devraient être particulièrement étudiées pas le corps médical, notamment par les médecins auristes.

C'est à l'école que doit s'exercer en particulier cette action prophylactique. On doit y repérer les enfants dont l'ouïe est déficiente. La visite régulière des enfants par le médecin, la surveillance intelligente des élèves par les maîtres et maîtresses d'école, les soins consécutifs aux affections qu'on aura décelées, constituent des mesures déjà en vigueur depuis quelques années, mais qui paraissent mériter encore quelques perfectionnements.

Nous distinguerons, avec de Parrel, trois cas : l'enfant sourd-muet, le demi-sourd et le dur d'oreille.

L'enfant *sourd-muet* est justifiable de soins médico-pédagogiques spéciaux consistant en exercices de démutisation, de lecture sur les lèvres, d'éducation acoustique, enseignement du vocabulaire et, le cas échéant, en traitement spécifique, opothérapique, etc., en redressement maxillo-facial, et libération des cavités nasales ou rétro-nasales.

On désigne sous le nom de *demi-sourds* les enfants dont l'audition est très déficiente, suffisante pourtant pour qu'ils aient pu acquérir l'usage de la parole, celle-ci étant plus ou moins déformée, mal timbrée et pauvre en vocabulaire. Ils ne peuvent généralement pas suivre les cours ordinaires. Dans ces cas, le médecin doit intervenir sur les fonctions auditives pour essayer de les développer ou tout au moins d'en tirer le meilleur parti possible par des exercices méthodiques de différenciation phonétique.

De Parrel insiste sur ce que, en aucun cas, ces demi-sourds ne doivent être confiés à une école de sourds-

muets. Ils risqueraient d'y compromettre leur capital phonétique, d'y contracter de mauvaises habitudes d'articulation; en plus, ils y perdent un temps précieux pour leur instruction générale. Pour cette catégorie d'enfants, il faudrait des classes spéciales comme cela existe en certains pays.

Le troisième groupe est formé par les enfants *durs d'oreille*. Ce groupe est également nombreux; on sait combien sont fréquentes chez l'enfant les affections qui provoquent des otites moyennes suppurées, suivies à plus ou moins brève échéance d'un état d'hypoacousie de gravité variable. Ceci nous invite à répéter que les médecins scolaires, les instituteurs, les professeurs doivent signaler ces jeunes élèves qu'on prend souvent pour des paresseux ou des distraits et qui ne sont, en réalité, que des déficients de l'ouïe. Dans ces cas, c'est à l'oto-rhino-laryngologiste d'intervenir pour tarir les suppurations, libérer le cavum et les fosses nasales, assécher les muqueuses. Le médecin rééducateur devra ensuite soumettre ces enfants à des exercices acoustiques, leur enseigner — si besoin est — la lecture sur les lèvres, rectifier leur articulation, en un mot les mettre en état de suivre avec profit les cours du collège ou de l'école primaire. Il restera bien entendu que les professeurs prendront à tâche de leur faciliter l'instruction en les plaçant tout près de la chaire, en leur accordant une attention particulière, c'est-à-dire une bienveillance aussi large que possible.

Quant aux sourds adultes, point n'est besoin d'essayer de faire une nouvelle classification, puisque, malgré la diversité des formes et des causes de la surdité, les mesures hygiéno-prophylactiques sont dans leurs grandes lignes plus ou moins les mêmes pour tous. Aussi ceux dont le capital auditif aura été compromis — quel que soit le degré — seront tenus de prendre le maximum de précautions afin de ne pas aggraver leur cas.

A ce sujet, c'est le devoir du médecin que de leur conseiller, entre bien d'autres choses, d'éviter dans la mesure du possible : le coryza, l'humidité, les changements brusques de température, l'abus du tabac, de l'alcool, etc., de même que les poisons de l'oreille tels la paraphénylènediamine et les sels de plomb de certaines teintures pour les cheveux, la quinine, l'aspirine, le salicylate de soude, etc. Enfin, en ce qui concerne l'exercice d'une profession, le médecin devrait déconseiller celles qui sont dangereuses pour l'oreille telles celle de forgeron, chaudronnier, scaphandrier, aviateur, etc.

Les sourds devraient avoir recours systématiquement à une bonne hygiène générale : alimentaire, climatique, physique, morale.

Nous voudrions terminer ce chapitre en disant quelques mots sur le problème du mariage des sourds et le problème de savoir si la surdité est bien une maladie héréditaire. Ceci a été l'objet depuis toujours de nombreuses études et de nombreuses polémiques. Nous ne saurions qu'énoncer quelques données générales à ce sujet.

Le *mariage des sourds* doit être envisagé sous deux aspects : influence de la maternité sur l'évolution d'une surdité d'une part, et d'autre part hérédité de la surdité.

On sait qu'il y a des surdités que la grossesse aggrave, il y en a sur lesquelles la maternité reste sans influence, et de même il y a des surdités qui se transmettent héréditairement, encore qu'il ne s'agisse pas d'une règle absolue; il en est enfin pour lesquelles l'hérédité n'a aucune signification. Donc toute appréciation qui n'est pas fondée sur un examen médical sérieux est sans valeur.

Pratiquement, c'est exclusivement l'otospongiose qui présente cette double particularité d'être influencée par les grossesses et de se transmettre héréditairement. Mais

les auteurs poussent la chose beaucoup plus loin encore, surtout en ce qui concerne la surdité héréditaire, en mettant en avant l'hérédo-syphilis, le neuro-arthritisme, la consanguinité, l'adénoïdisme, les troubles endocriniens, etc., étant par ailleurs indéniable l'influence de ces quelques facteurs dans l'apparition de la surdité.

Ce qui est le plus regrettable, c'est que le médecin dans cette matière ne peut pas faire grand'chose, étant donné surtout l'état actuel de la législation en ce qui concerne le mariage et la procréation. Déconseiller le mariage ? Dans 95 p. 100 des cas, ce serait à pure perte, d'autant plus que les sourds ont même tendance à se marier entre eux.

II. Moyens médicaux et chirurgicaux

En parlant de la prophylaxie, nous avons dit que presque les deux tiers des surdités étaient susceptibles d'être évitées si, au bon moment, on instituait un traitement intelligent et opportun. Mais — toujours d'accord avec notre but — nous ne ferons que citer quelques-uns des moyens médicaux et chirurgicaux généralement employés.

Nous laisserons tout à fait de côté les procédés thérapeutiques dont on fait usage contre les surdités temporaires des maladies aiguës, étant donné que ce sont les surdités chroniques qui nous intéressent particulièrement.

Nous dirons de suite que les médications par voie interne sont, sauf de très rares exceptions, — s'il en existe — inopérantes, ce qui équivaut à dire que la thérapeutique médicale proprement dite de la surdité est des plus limitées.

Comme traitement médical local, on emploie ordinairement : l'insufflation d'air froid, chaud ou médicamentaux dans la caisse du tympan; le cathétérisme de

la trompe d'Eustache; le massage du tympan, massage et friction de la région auriculaire externe. En plus, contre la suppuration de l'oreille, on prescrit des lavages, des instillations, des pulvérisations, parfois des cautérisations et des pensements, voire même des vaccinations, etc. Il va sans dire qu'au préalable le médecin auriste doit faire un examen très approfondi du nez, de la gorge et de l'oreille, et la correction de tous les troubles pouvant exister à ce niveau.

L'électricité, sous forme de faradisation, rayons ultra-violets, etc., est souvent très efficace dans le traitement de certaines otopathies, surtout si elles sont récentes.

Le traitement médical général s'adresse à la thérapeutique de l'oto-sclérose, de l'artério-sclérose, de l'arthritisme, des troubles endocriniens de la syphilis, de l'hypertension artérielle, etc. Citons aussi pour mémoire l'hygiène générale, les cures hydro-minérales, la psychothérapie.

Quant au traitement chirurgical, nombreux sont les essais réalisés dans le but d'obtenir une récupération, ne serait-ce que partielle, de l'audition. On a imaginé des opérations sur le tympan, sur les osselets, sur le ganglion intercarotidien; on a improvisé des tympans artificiels, etc.

Point n'est besoin d'insister sur les notions classiques de la chirurgie appliquée aux surdités d'origine nasale ou naso-pharyngée où l'intervention permet réellement de supprimer la cause de l'otopathie et aussi d'arrêter la marche progressive de la maladie. Insistons sur le fait que ces opérations naso-pharyngées doivent être suivies nécessairement d'exercices de rééducation fonctionnelle auditive et respiratoire et que ce n'est qu'à ce prix qu'on peut s'attendre à une amélioration notable de l'audition.

Dans les cas d'otites suppurées et de caries osseuses de la caisse du tympan ou de la mastoïde, entretenant un état d'infection chronique et présentant un réel danger de complications graves (abcès du cerveau ou des méninges, phlébites, etc.), l'intervention chirurgicale est souvent de nécessité et de grande valeur pour la récupération de l'acuité auditive.

Enfin nous dirons quelques mots sur l'opération dite de Sourdille. Maurice Sourdille est un chirurgien auriste de Nantes. Poursuivant les travaux des professeurs suédois Barany et Halmgren, par une nouvelle et très hardie technique opératoire il a essayé, ces dernières années, d'agir sur les surdités de conduction en général, et en particulier sur les surdités chroniques progressives et sur les suppurations chroniques de l'oreille moyenne. Sa technique permet l'exploration complète de la chaîne des osselets, la résection partielle de ces organes ou son débloquage et la libération de la caisse, la trépanation du canal semi-circulaire externe, la décompression de la périlymphe et la fermeture immédiate de l'orifice de trépanation par une mince membrane épidermique.

A ce qui en a été rapporté, cette opération peut quintupler l'audition de la voix haute et des sons graves du côté opéré. Mais, le temps seul permettra d'apprécier, par des statistiques rigoureusement contrôlées, les résultats de cette méthode.

Nous voudrions terminer en faisant ressortir l'importance que, le cas échéant, pourrait avoir le traitement psychique, car les soins prêtés aux sourds ne doivent pas seulement se borner au traitement local et général; il faudrait aussi chercher à fortifier et à relever leur énergie défaillante de même qu'à combattre leur tendance à l'isolement et à la neurasthénie.

III. Traitement palliatif

Le traitement palliatif est souvent un pis-aller. Nonobstant, c'est à lui qu'on a recours presque systématiquement dans le traitement de la surdité, et pour cause. Dans cette matière, le premier rôle revient à l'orthopédie auriculaire; puis, nous citerons la rééducation et la labiologie.

Toujours en vue de ne pas dépasser le cadre de cette étude, nous ne donnerons qu'un aperçu résumé de chacun de ces grands procédés de venir en aide d'une manière efficace aux durs d'oreille. Disons en passant que ces trois procédés ne se contredisent pas et ne font pas double emploi. Il y a intérêt, au contraire, de les employer tous, c'est la manière la plus sûre de donner au sourd les moyens de récupérer, dans le maximum possible, son « capital auditif ».

1) *Prothèse auditive*

Si on se demande au préalable, où en est la prothèse auditive ? on trouve qu'il y a là une angoissante question que se posent chaque année et le malade et le médecin; l'un parce que, candidat à la surdité complète ou atteint d'une surdité déjà accentuée, il sent se resserrer autour de lui, de jour en jour, le mur de l'effroyable silence; l'autre, parce que son rôle est de secourir ceux qui mettent leur dernier espoir en lui et qu'il se désespère de ne pas pouvoir, en bien des cas, apporter le moindre soulagement à leur infirmité. Cependant, et il est toujours utile de bien le répéter, grâce aux progrès de la technique, de merveilleux résultats ont été acquis en ces toutes dernières années. Certains appareils à récupération du potentiel auditif se sont perfectionnés prodigieusement; leur multiplicité semble parfois un peu

trop excessive. On doit craindre que cela ne donne occasion très souvent — trop souvent, hélas! — au charlatanisme.

Mais, et il faut bien le dire, c'est au médecin, en particulier au médecin auriste, que doit revenir le droit et le devoir de conseiller ou déconseiller un appareil plutôt qu'un autre. Ce ne devrait pas être le rôle des commerçants, comme cela ne se produit que trop souvent.

Actuellement, on ne doit plus prescrire l'usage d'un appareil de prothèse auriculaire en agissant, comme on le faisait naguère encore pour le choix des lunettes, c'est-à-dire, sans aucune règle. On doit rédiger une prescription d'appareil acoustique comme une ordonnance, avec toutes les précisions utiles, c'est-à-dire en choisissant très exactement le genre d'instrument qui convient au patient. En ces matières, et tout spécialement, le médecin a le devoir de protéger les malheureux sourds contre le fléau social constitué par le charlatanisme.

Pour la prothèse auriculaire, il y a lieu à distinguer trois sortes d'appareils d'amplification des sons :

les tubes acoustiques,

les conques et cornets,

les microphones.

Les deux premières catégories sont des appareils *purement acoustiques*. Ceux-ci n'ont pas pour but, à proprement parler, d'amplifier les sons, mais seulement de les mieux capter et de les diriger vers le méat auditif avec la moindre déperdition d'énergie. En réalité donc, ces appareils, quelle que soit leur dénomination spéciale, tubes, conques ou cornets, n'augmentent pas *l'amplitude* des vibrations sonores, mais *les additionnent, les dirigent*.

Les appareils purement acoustiques déforment peu la voix et ne transmettent à l'oreille qu'un minimum de bruits parasites. Ils conviennent à la grande majorité des sourds, c'est-à-dire aux oto-scléreux percevant encore la voix haute à 0,75 ou 1 m. environ, de même encore à certains oto-spongieux ne présentant aucun symptôme d'irritabilité labyrinthique. Le fait d'être inesthétiques est indubitablement leur plus grand inconvénient.

Quant aux microphones, ils sont, au fond, des appareils micro-téléphoniques. Pour comprendre leur mode d'action et leur utilité, il faut se rappeler que la plupart des durs d'oreille perçoivent des sons, voire même tous les sons, lorsque ceux-ci sont suffisamment amplifiés. Nous savons, d'autre part, que si l'on produit artificiellement à l'orifice du conduit auditif des ondes sonores intenses, celles-ci, utilisant la voie qu'empruntent habituellement les ondes sonores naturelles, ou voie aérotympanique, parviendront à vaincre les résistances qui peuvent se trouver sur leur route, et à impressionner les organes de la réception.

Les appareils microphoniques sont donc les *renforçateurs* les plus puissants des sons, mais, comme le fait observer justement de Parrel, ils offrent de sérieux inconvénients : production et transmission de bruits parasites qui brouillent les sons, déformation de la voix, fatigue et irritation des terminaisons nerveuses, lorsqu'elles sont altérées, accoutumance et nécessité d'augmenter progressivement la force électro-motrice, prix élevé et dépenses d'entretien (réparation de l'appareil, achat régulier de piles, etc.).

Mais, les progrès de la technique aidant, il ne faudra pas désespérer de voir disparaître ou tout au moins s'atténuer, ces quelques inconvénients. A présent, ces appareils demeurent interdits à tous les malades qui présentent un certain degré de susceptibilité labyrinthique, à tous les sourds âgés de plus de 65 ans (sauf quelques exceptions) et à beaucoup d'oto-spongieux.

Au cours des dernières années, on a beaucoup parlé des avantages des appareils dits à *conduction osseuse.* On les a beaucoup vantés. En effet, les sours dont la *conduction osseuse est renforcée,* tirent un réel profit des nouveaux appareils dont le vibrateur s'applique sur l'os, derrière l'oreille.

Signalons seulement que les microphones conviennent aux *pansclérеux* ne percevant la voix haute qu'à une distance de 0 m. 10 à 0 m. 50 environ et dont l'oreille interne ne présente aucune tendance à l'irritabilité, aux grands sourds tympano-scléreux. Il est à remarquer que ce sont les seuls appareils permettant de réaliser l'audition collective laquelle, vu son importance et son intérêt social, mériterait, à elle seule, une étude à part.

En somme, le microphone perfectionné doit devenir, pour le sourd, ce que les lunettes sont au myope ou au bresbyte. Mais il doit être soigneusement choisi et adapté à l'oreille, ne produire ni fatigue, ni douleur, ni gêne, ni sifflements ou bruits parasites quelconques. Il faut bien savoir que parmi les sujets atteints d'une surdité grave, auxquels un appareil pourra rendre service, il en est une proportion de 90 p. 100.

2) *La rééducation*

En parlant de la rééducation de l'ouïe, il nous serait impossible de ne pas mentionner le nom du plus éminent et courageux propagandiste de cette science en ce pays, le Docteur Gérard de Parrel, « le grand bienfaiteur de l'enfance entravée, la providence des déshérités de l'ouïe » (Madame Louise Matha). Il est l'auteur de nombreux travaux et communications scientifiques sur la matière, l'animateur de l'Œuvre de la Rééducation de l'Enfant et des Centres Sociaux de Rééducation qui portent son nom et que préside avec tant de courage et de dévouement Madame Louise Matha. C'est à lui que

revient le mérite d'avoir mis au point les différentes méthodes de rééducation auditive appliquées actuellement en France.

On pourrait dire tant d'excellentes choses sur le fonctionnement et les buts sociaux de ces centres de même que sur l'inlassable et généreuse activité du Docteur de Parrel, que c'est vraiment avec regret que, pour ne pas dépasser le cadre de ce travail, nous sommes obligés de consacrer à ces questions une simple mention.

La rééducation chez les sourds est appelée à jouer un grand rôle dans un proche avenir. Son importance est encore sous-estimée, méconnue dans la plupart des pays. Jusqu'à présent, c'est surtout à l'initiative privée de quelques esprits altruistes, surtout en France, qu'on doit sa mise en valeur et la propagande de ses bienfaits.

C'est notamment chez l'enfant que la rééducation de l'ouïe rend des services inappréciables, car les durs d'oreille jeunes, étant généralement plus dociles, sont aussi plus susceptibles de s'adapter à certaines disciplines, à certaines pratiques indispensables et auxquelles les sourds adultes ne se résignent que très difficilement.

Selon de Parrel — et nous ne faisons que le répéter en nous ralliant à son opinion — la rééducation acoustique peut s'exercer de deux manières:

a) *Rééducation active*, à laquelle participe effectivement le sourd, en s'entraînant à écouter, à localiser et à interpréter les sons de la voix nue ou amplifiée, soit par un tube acoustique, soit par un appareil microphonique. Cette forme active d'exercices d'attention et d'accomodation auditive ou mentale, permet aux otospongieux et aux labyrintho-scléreux d'obtenir de leur capital acoustique réduit un rendement supérieur. Il ne s'agit pas en l'occurence — ajoute de Parrel — de véritable récupération, mais d'utilisation meilleure.

b) *Rééducation passive,* qui n'exige aucun effort personnel du sujet, car il doit subir l'action du son artificiellement produit par des instruments appropriés. Il s'agit là d'excitation sensorielle et de massage de l'appareil auditif par l'onde sonore, stimulant spécifique de l'organe de réception et agent mécanique de mobilisation ostéo-arthro-aéro-musculaire qui accomode aux sons et en assure la transmission. Dans cette forme passive de *kinésithérapie intensive,* continue de Parrel, la rééducation acoustique trouve son indication-mère dans le groupe le plus important des otopathies, c'est-à-dire dans les tympano-scléroses post-catarrhales ou post-otorhéiques. Il s'agit en somme d'un massage sonore qui, entre autres choses, doit entraîner la mobilisation de la chaîne des osselets et l'accélération de l'irrigation sanguine.

Il faut ajouter que ces deux procédés ne s'excluent pas et que, bien au contraire, ils se complètent.

3) *Labiologie*

La labiologie, « audition par les yeux », ou lecture sur les lèvres, a pour objet l'évocation des mots parlés et des idées correspondantes, par la vue des mouvements extérieurs des organes de la parole. Elle comporte, au fond, une véritable substitution de sens, étant donné que le sourd doit percevoir le langage oral non plus par l'ouïe, mais par la vue.

De Parrel appelle aussi la lecture sur les lèvres, *rééducation psycho-visuelle* et il la définit ainsi : la rééducation psycho-visuelle est une méthode psycho-pédagogique qui a pour but d'apprendre au sourd à traduire mentalement les mouvements visibles des organes phonateurs et les jeux de physionomie d'un interlocuteur, dont il peut ainsi saisir la pensée sans le secours de l'audition ou avec le secours partiel de l'audition.

Cette méthode rend service à tous les sourds, quel que soit leur degré de surdité : sourds-muets, demi-sourds, durs d'oreille; de même quel que soit l'âge du patient. Il va sans dire que plus le malade est jeune, plus la facilité d'adaptation à la méthode sera grande.

L'enseignement de cette méthode n'est pas aussi facile qu'on pourrait se l'imaginer; pour cet enseignement, il faut absolument s'adresser à des professeurs compétents dans la matière. Ces professeurs ont parfois intérêt à utiliser un dispositif spécial comprenant microphone, haut-parleur, etc. De cette façon, dans le cas d'une profonde surdité, l'élève, en s'entendant parler lui-même, retrouve le contrôle de sa voix et évite ces modifications du timbre et de la hauteur du langage qui accompagnent si fréquemment la surdité. Cet enseignement peut être collectif ou individuel ; chacun a ses avantages et ses inconvénients. En général, on peut dire que l'enfant tire un meilleur bénéfice de l'enseignement en commun et que l'adulte s'accommode mieux des leçons particulières.

Il est vraiment regrettable que, malgré l'indéniable valeur de cette méthode, il n'y ait pas un plus grand nombre de sourds à se servir de cette ressource. Celle-ci est la plus puissante dont ils disposent pour remédier à leur infirmité. Mais pour ce faire, il faut naturellement un entraînement long et méthodique. C'est sans doute pour cela que le sourd est si souvent réfractaire à cet excellent moyen de secourir son oreille défaillante. Disons en passant que les médecins devraient, eux aussi, conseiller un peu plus souvent à leurs patients l'apprentissage de la lecture labiale.

En résumé, la lecture sur les lèvres est un puissant moyen de secours pour les sourds de toutes catégories, car « ce que n'entend pas l'oreille, l'œil le perçoit ». Encore une fois, c'est le corps médical qui devrait entreprendre une véritable croisade en faveur de ce précieux moyen de suppléance acoustique.

TROISIEME PARTIE

L'AUTODEFENSE DES SOURDS ET DES DURS D'OREILLE

I. L'orientation professionnelle

S'il est vrai que toute infirmité, tout défaut physique, entraînent de sérieuses difficultés dans ce que l'on appelle la lutte pour la vie, dans le cas particulier de la surdité, cette donnée revêt un aspect et un caractère tout à fait spécial. Ni par son apparence, ni par son potentiel énergétique ou intellectuel, le sourd ne semble nullement désavantagé vis-à-vis de n'importe quel autre individu. Malgré cela, chacun sait combien les chances de réussir dans l'existence sont diminuées pour ceux qui sont atteints par l'hypoacousie. Impressionnant est le nombre des sourds qui sont forcés d'abandonner leur ancien métier pour en prendre un autre plus adapté à leur « nouvel état ». Les statisticiens prétendent qu'il y a 30 p. 100 de sourds qui sont obligés à changer de métier.

Heureusement, et le milieu social aidant, il n'est quand même pas impossible au sourd de pouvoir trouver les moyens de se « caser », de gagner sa vie convenablement, honorablement. Il va sans dire qu'il doit, à son tour, chercher à élargir son esprit dans la mesure du possible en s'accommodant de son mieux au fait accompli. Là-dessus chaque sourd doit faire siennes les sages réflexions du Professeur Nicolle, atteint de surdité

progressive depuis l'âge de 19 ans : « Le moment vint où le péril angoissant de la surdité l'emporta. Comme un bâtiment dont le commandant ne peut boucher les fissures, mon navire faisait eau. J'allais sombrer. L'imminence de la noyade fut mon salut...

« ...A la contrainte de l'infirmité j'ai ajouté celle du devoir, d'un tas de devoirs, et, quand j'abandonnerais ma tâche, je serais bien privé. C'est le destin de l'homme de n'être jamais satisfait. Mais j'ai la fierté de mon effort. Comme vous, mes frères, j'ai subi le défi du sort. Ce monstre insolent voulait ne faire de moi qu'une bouchée. Le sort s'est trompé. J'ai déçu sa menace. Je lui ai rendu dix soufflets pour un. Je l'ai enchaîné, conquis. »

Quant aux professions pouvant être exercées par les sourds, il y en a plusieurs auxquelles ils peuvent fort bien s'accomoder, ce sera, par exemple, l'agriculture, le jardinage, la pêche, l'élevage. Et s'il a une certaine culture, le journalisme, la littérature, le dessin industriel et artistique, la peinture, la sculpture, etc. Dans l'artisanat, les sourds peuvent trouver plusieurs métiers leur convenant : tailleurs à façon, prothésistes, typographes, clicheurs, cordonniers, ouvriers d'usine (dans certains cas), broderie, couture, etc. Dans ces professions, la surdité complète ne cause qu'une gêne modérée.

Par contre, dans quelques autres professions : comptables, employés de bureau, dactylographes, industriels, ingénieurs spécialisés, commerçants en gros, chimistes, chefs d'entreprises privées, la surdité complète cause une gêne assez considérable, nécessitant souvent l'adjonction d'un aide.

En somme, un sourd bien appareillé, rééduqué, sachant lire sur les lèvres et surtout s'étant adapté aux nouvelles circonstances par une bonne « cure » psy-

chique pourra vite se convaincre que l'optimisme de l'éminent savant que fut Charles Nicolle n'est pas sans fondement Comme nous venons de le voir, la surdité n'est pas un chemin sans issue pour ceux qui, courageusement et intelligemment, ne veulent pas accepter que « le monstre insolent » ne fasse d'eux-mêmes qu'une bouchée.

II. Le mouvement associatif

Nous ne voudrions pas terminer cette courte étude sur la surdité envisagée au point de vue social sans dire quelques mots au sujet des associations de sourds. Dans ce domaine, il y a à réaliser tout un monde d'activité bienfaisante pour les infirmes de l'oreille.

Quand on pense aux armes très efficaces dont nous disposons à présent pour lutter contre la surdité, au peu d'usage — proportionnellement — qu'on en fait, au nombre très considérable des surdités évitables et à la quantité de sourds n'ayant jamais reçu aucun soin ou les ayant reçus en mauvaises conditions, on est en droit de rechercher un moyen qui rende effective cette lutte, dans la mesure du possible.

C'est ainsi que nous avons pensé, avec bien des auteurs, qu'il y aurait un grand intérêt social à chercher à favoriser la formation d'une ligue nationale de prophylaxie de la surdité et d'aide aux sourds; dans cette ligue trouveraient leur place tous ceux qui souffrent d'une diminution de l'audition. Cette ligue renseignerait les sourds sur la rééducation, la labiologie, les appareils de prothèse auditive, en un mot, sur tout ce qui pourrait leur être utile. Les otologistes, les rééducateurs de l'ouïe et les physiciens acousticiens auraient à tenir un rôle de premier plan dans cette organisation. Des ligues de ce genre existent déjà en plusieurs pays et dans certaines grandes villes : New-York, Londres, Stockholm.

Pour être juste, il faut dire que ce mouvement associatif existe déjà en France, mais peut-être par sa multiplicité, surtout par des raisons financières et le manque de coordination dans ses activités, il n'a pas donné jusqu'à présent les résultats qu'on pourrait en attendre.

Parmi ces associations ou ligues dues à l'initiative privée, il y a quelques-unes qui développent une activité vraiment louable. Ainsi la *Ligue contre la Surdité* (Palais Doria, 143*bis*, Promenade des Anglais, Nice) que préside le Docteur Robert Morche, est une des plus anciennes, c'est aussi celle qui a un plus grand nombre d'associés. Cette ligue, qui pourrait servir de modèle pour la formation de la Ligue Nationale des sourds et des durs d'oreille dont nous avons parlé, existe depuis 1924. Elle a pour but d'aider les mal-entendants et les mutilés de guerre de l'oreille, de les conseiller, de leur rendre service, de leur procurer des soins, des appareils, des cours de lecture sur les lèvres et rééducation auditive, de leur faire obtenir tous avantages moraux et matériels en son pouvoir, de les mettre en garde contre les charlatans.

Pour se rendre compte de ce qu'il est possible de faire par ces moyens, voici quelques-unes des réalisations de la Ligue contre la Surdité :

Publication d'un organe : la « Revue de l'Ouïe », éducative, scientifique et philanthropique, envoyée gratuitement aux adhérents.

Création du Centre d'Etudes et de Recherches sur la Surdité, de Nice.

Création d'une bibliothèque et d'un « Musée de l'Ouïe » (pièces anatomiques, appareils d'acousticiens et de charlatans).

Création de cours de lecture labiale et de rééducation auditive à Paris et dans quelques villes de province.

Création d'un service médical de la Ligue, d'un service de consultations juridiques, fiscales et militaires, d'un service d'assurances et de placement.

Distribution gratuite de 150.000 francs par an environ d'appareils acoustiques à des sourds peu fortunés.

Enfin, conférences sur la surdité par T.S.F., articles de vulgarisation et de prophylaxie dans la grande presse, la presse périodique et la presse médicale.

Une autre Ligue qui, par le nombre de ses membres, par son activité et par son importance mérite qu'on en parle, c'est l'A.D.O.R.P. (Associations des Durs d'Oreille de la Région Parisienne). Il s'agit là d'un véritable centre d'enseignement et de propagande de la labiologie. Le secrétaire général en est M. Burgun (18, boulevard Beaumarchais, Paris); cette ligue a été créée en 1933 par quelques hommes de bonne volonté qui ont estimé qu'il était nécessaire de grouper les durs d'oreille et sourds de Paris en une Association fraternelle, dont le but est de secourir les plus nécessiteux d'entre ses membres, d'éduquer le sourd lui-même et d'éduquer le « bien-entendant ». Elle a des succursales dans certaines villes de province et des ramifications à l'étranger. L'A.D.O.R.P. édite une revue bimestrielle intitulée « Entendre » dont le service est fait gratuitement à tous ses adhérents, aux Services publics, aux grandes associations, aux médecins auristes, etc.

Voici encore quelques autres associations de sourds :

Association des Mutilés de l'Oreille, Secrétariat général : Villa Caspe, boulevard Portinal, Sanary (Var).

Cercle des Intellectuels Silencieux, 88, rue Claude-Bernard, Paris.

L'Œuvre des Sourds, Sourds-Muets, Sourds de Guerre, Sourds-Aveugles (Maison des Silencieux), 31, rue de la Liberté, Paris.

Dans la région alsacienne existent deux centres de ce genre :

A Mulhouse, il y a une association qui porte le nom d'Amicale Silencieuse. Son siège est : 27, rue du Garde-Vignes, et le secrétaire général de cette association est M. Baldensperger.

A Strasbourg, il existe une association de la même catégoire sous le nom de « Adostra » (Amicale des Durs d'Oreille de Strasbourg et environs). Sous la direction de Mme Laure Matter-Hauth, 1, quai Saint-Nicolas, cette société organise des cours de lecture sur les lèvres, cours qui s'ouvrent chaque année au début du mois d'octobre.

Grâce à l'activité de ces associations — d'ordre philanthropique généralement — bien des peines ont pu être épargnées aux déficients de l'oreille, aux nécessiteux, en les secourant efficacement et en les guidant, en les instruisant pour leur permettre de récupérer dans la mesure du possible leur capital auditif. De même ces ligues ont réussi à convaincre certains directeurs de grandes salles de spectacles — particulièrement à Paris et dans certaines grandes villes — de l'utilité de munir ces salles d'un réseau d'amplification musicale pour les auditeurs durs d'oreille. On trouve au cinéma de la Madeleine, à l'Olympia, au Paramount, au Rex, à l'Opéra, quelques fauteuils réservés aux déficients de l'ouïe. Ces fauteuils comportent des récepteurs téléphoniques à la disposition de ses auditeurs sourds; un potentiomètre permet à ces derniers de faire varier à volonté l'intensité de l'audition suivant la nature du spectacle et l'état de leur ouïe.

A ce sujet, disons seulement que c'est vraiment dommage que jusqu'à présent ne soient que quelques places chères qui sont munies de ces avantages puisque, d'après les techniciens, les frais supplémentaires ne

seraient pas très grands si l'on faisait des installations semblables dans les différentes classes.

Il faudra dire en terminant que ces lignes ne donnent aucune consultation, elles renvoient toujours à l'oto-laryngologiste les malades qui s'adressent à elles pour des soins qu'elles ne sauraient et ne pourraient leur donner. Ces associations luttent implacablement contre les charlatans exploiteurs des sourds et mettent ceux-ci constamment en garde contre cet ennemi redoutable.

CONCLUSIONS

1° La surdité constitue un fléau social :

par le nombre d'individus atteints,

par son influence néfaste sur le moral,

par le handicap économique qui en résulte.

2° La lutte contre la surdité est une nécessité sociale; cette lutte peut être entreprise :

par la prophylaxie,

par le traitement médical et chirurgical,

par le traitement palliatif.

3° Dans les écoles et les collèges, tous les élèves qui semblent présenter un déficit auditif devraient être soumis à l'examen du spécialiste. Si la déficience de l'ouïe est confirmée, l'enfant sera dirigé vers une classe spéciale dont les professeurs, préparés à cet enseignement particulier, auraient à leur disposition des appareils amplificateurs de la voix, des appareils à projection, des films documentaires, etc., et un matériel scolaire adapté à l'état auditif des élèves. Evidemment, tous les candidats à la surdité seraient soignés par le spécialiste, soumis à des exercices acoustiques et initiés à la lecture sur les lèvres.

4° Dans toutes les classes, il existe un certain nombre d'écoliers (10 p. 100 environ) dont l'ouïe est déficiente. On considérait naguère les jeunes sourds comme des enfants distraits ou paresseux. A l'heure actuelle où la

surveillance médicale des écoliers a été méthodiquement organisée, on doit pouvoir découvrir quels sont les enfants durs d'oreille, les faire examiner et traiter par des spécialistes.

5° Quelques-uns de ces déficients de l'ouïe peuvent récupérer une audition suffisante après application du traitement médical, chirurgical ou rééducateur dont ils sont justiciables. En ce cas, rien ne s'oppose à leur réintégration dans leur classe d'origine. Il convient seulement de signaler leur légère hypoacousie à l'instituteur qui les placera tout près de sa chaire et leur prêtera quelque assistance en cas de difficulté.

6° Compte tenu des apports nouveaux de la thérapeutique fonctionnelle de l'oreille, le médecin conseillera à tous les sourds de se soumettre à un traitement rééducateur, d'apprendre la lecture sur les lèvres et, si besoin est, de porter un appareil acoustique (microphone, conque, etc.). Il les rassurera sur leur avenir et les défendra contre l'isolement, contre l'affaissement moral.

7° On doit chercher à favoriser la formation d'une ligue nationale de prophylaxie de la surdité et d'aide aux sourds; cette ligue doit attirer à elle tous ceux qui souffrent d'une diminution de l'audition. Elle doit les instruire de tout ce qui peut être fait pour surmonter l'obstacle que constitue la surdité : lecture sur les lèvres, rééducation, appareils de prothèse auditive. Elle doit guider leur choix, faciliter l'éducation nouvelle que le sourd doit entreprendre. Et si le changement de profession s'impose, elle peut aussi le prévoir et le préparer dans les meilleures conditions.

8° Cette action de l'aide aux sourds doit s'étendre aussi dans le grand public. Elle doit chercher à réformer l'opinion, trop généralement adoptée, qui fait considérer le sourd comme une non-valeur. De la sorte, on épargnerait au sourd bien des misères en lui permettant de rencontrer autour de lui un peu de bienveillance.

9° Voir les moyens d'agir sur l'ensemble des spécialistes, otologistes d'une part, fabricants d'appareils d'autre part, car en mettant en contact les uns avec les autres, ces associations ne peuvent que contribuer à hâter la solution de ce problème dont on peut dire qu'actuellement il est en pleine et en favorable évolution, par la construction d'appareils permettant aux sourds d'entendre. Pour ce faire, seule une puissante organisation peut réunir les appuis financiers indispensables, les études nécessaires étant coûteuses.

10° Finalement, nous devons dire que le programme qui vient d'être esquissé n'est pas une chimère. Des ligues ayant un semblable programme existent à New-York, à Londres, à Stockholm; on ne conçoit pas qu'en France on puisse longtemps encore méconnaître leur utilité.

Vu et permis d'imprimer:
Strasbourg, le 8 février 1937
Le Recteur de l'Académie,
Président du Conseil de l'Université,
J. DRESCH

VU: Le Président de Thèse:
Dr. CHAVIGNY

VU: Le Doyen de la Faculté:
A. FORSTER

BIBLIOGRAPHIE

BONNAFONT (J.-P.). — Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition (1860).

CHAVIGNY (Paul). — L'art de la conversation; Librairie Delagrave, Paris, 1934.

CONCOURS MEDICAL (Nos 32, 38, 43 et 49; 1933). — Que faire pour les enfants sourds-muets ? Rôle du médecin de famille, par G. de Parrel.

HAUTANT et CAUSSE. — L'hygiène du sourd, Doin & Cie, éditeurs. Paris, 1933.

HOFFER (Dr Henriette) et G. DE PARREL. — La lecture sur les lèvres chez les sourds. Rééducation psycho-visuelle. Doin & Cie, éditeurs. Paris, 1932.

LES ANNALES DE PROTHESE AURICULAIRE (No 10, octobre 1936). — La surdité et l'orientation professionnelle, par R. Bonnardel.

MATHA (Louise) et G. DE PARREL. — L'éducation et la rééducation de la voix chantée. Doin & Cie, éditeurs. Paris, 1932.

MONDE MEDICAL (No 840, du 15 janvier 1934). — Tous les sourds peuvent être médicalement secourus, par G. de Parrel.

MORCHE (Robert). — Nouveau guide du mutilé de l'oreille et des personnes sourdes, demi-sourdes et dures d'oreille. Edition de la Revue des mutilés de l'oreille, Villa Carpe diem, Sanary (Var).

MORCHE (Robert). — La lutte contre la surdité. Edition de la Revue des mutilés de l'oreille, Villa Carpe diem, Sanary (Var).

NOUVELLES THERAPEUTIQUES (15 juin 1936). — La méthode du tympan artificiel, par J. P. Delstanche.

PARREL (G. de). — La surdité et son traitement. Albin Michel, éditeur. Paris, 1926.

PARREL (G. de) et DE GORSSE. — Sous la menace de la surdité. Albin Michel, éditeur. Paris, 1934.

MOURE (E-J.), LIEBAULT (G.) et CANUYT (G.). — Technique chirurgicale oto-rhino-laryngologique. Doin & C^ie^, éditeur. Paris, 1922.

PORTMANN (G.). — Consultations oto-rhino-laryngologiques du praticien. Doin & C^ie^, éditeurs. Paris, 1934.

PRESSE MEDICALE (N° 4, du 14 janvier 1931). — La surdité familiale et le mariage des sourds, par G. de Parrel.

PRESSE MEDICALE (N° 23, du 19 mars 1930). — Que pouvons-nous pour les sourds ?, par G. de Parrel.

PROGRES MEDICAL (N° 30, du 25 juillet 1936). — La rééducation, opportunité, aspect social, par G. de Parrel.

SOURDILLE (M.). — Trépanation mastoïdienne élargie et atticotomie transmastoïdienne. Doin & C^ie^, éditeurs. Paris, 1915.

STRASBOURG MEDICAL (N° 4, du 5 février 1936). — Les palliatifs actuels de la surdité (secours aux durs d'oreille), par Paul Chavigny.

TABLE DES MATIERES

La surdité envisagée au point de vue social

Avant-propos 11
Considérations générales sur la surdité 13

Première partie

La surdité fléau social 17
I. Statistique 18
II. Psychologie du sourd 20

Deuxième partie

La lutte contre la surdité 25
I. Prophylaxie de la surdité 25
II. Moyens médicaux et chirurgicaux 29
III. Traitement palliatif 32
1) Prothèse auditive 32
2) La rééducation 35
a) Rééducation active 36
b) Rééducation passive 37
3) Labiologie 37

Troisième partie

L'auto-défense des sourds et des durs d'oreille 39
I. L'orientation professionnelle 39
II. Le mouvement associatif 41
Conclusions 46
Bibliographie 49